

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (4 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Lead Screen

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the MacArthur Communication Development Inventory.

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dresses with supervision. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Plays games with other children (e.g., tag).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says first and last name when asked.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks up and down stairs, alternating feet. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Balances on each foot for 2 seconds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Copies a circle. |

Inappropriate play with toys/no pretend play.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, on *even one* of the underlined items, or if you have checked the **boxed item** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ການກວດເດັກໃຫ້ມີສຸຂະພາບດີ - ໄວເດັກປີ້ນຕົ້ນ: 4 ປີ
 WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 4 YEARS
 (ເຮັດຕາມຄຳຊົມນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວເດັກປີ້ນຕົ້ນ: 4 ປີ

ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປະກອບເອກະສານ ກ່ຽວກັບເລື່ອງລູກ	ຊື່ເດັກ	ນຳເອົາມາໂດຍ	ວັນເກີດ	
	ອາການພິດ	ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ		
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເທື່ອສຸດທ້າຍ		ມີນິ້ງຂ້າພະເຈົ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບເຮືອງ:	
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍກິນອາຫານຫລາຍຢ່າງ.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດເຕັ້ນຕີນດຽວໄດ້.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍເວົ້າກັບເດັກອື່ນໄດ້ດີ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍສາມາດຮ້ອງເພງ.		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍນຸ່ງເຄື່ອງເອງໄດ້.			

ນ້ຳໜັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຄວາມດັນເລືອດ	ອາຫານ _____
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງລະບົບ	<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງປະວັດລອບລົວ		ການຖ່າຍ _____
			ການນອນ _____
ການກວດ:	MHZ	R	L
ການກວດຫູ	4000 _____	_____	_____
	2000 _____	_____	_____
	1000 _____	_____	_____
	500 _____	_____	_____
ການກວດຕາ	20/ _____	20/ _____	
ການເຕີບໂຕ: ອິດລ້ອມໝາຍເອົາຈຸດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ			
ການປັບຕົວ/ ຄວາມຮູ້ຄວາມເວົ້າໃຈ	ພາສາ/ການສື່ສານ		
ການເຫນັງຕຶງຮ່າງກາຍ	ສັງຄົມ/ອາຣິນ	ການໃຊ້ສາຍຕາ-ມີ	
	ປົກກະຕິ ບໍ່ປົກກະຕິ		
ສຸຂະພາບຈິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
ການປະພຶດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	
ຮ່າງກາຍ:	ປົກກະຕິ ບໍ່ປົກກະຕິ	ປົກກະຕິ ບໍ່ປົກກະຕິ	
ຫ້ສນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ປອດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຜິວໜັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ໜ້າອີກ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫິວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ລະບົບຫິວໃຈ/ກັບຈອນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຕາ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ທ້ອງນ້ອຍ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຫູ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ອະໄວຍະວະພື້ນພັນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ດັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ກະດູກສັນຫລັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ປາກຄໍ/ແຂ້ວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ຕີນມື	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ຄໍ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ສ່ວນປະສາດສະໝອງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ງືກຫິວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ການຍ່າງ ຫລື ແລ່ນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ພົບວ່າບໍ່ປົກກະຕິ ແລະຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:			

ມາພົບເທື່ອໜ້າ: ອາຍຸ 5 ປີ			ຊື່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸຂະພາບ
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ			ບ່ອນຢູ່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸຂະພາບ

ໄວເດັກປີ້ນຕົ້ນ: 4 ປີ

ສຸຂະພາບເດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 4 ປີ

ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການເຕີບໂຕຂອງເດັກນ້ອຍຂອງທ່ານລະຫວ່າງ
ອາຍຸ 4 ປີ ແລະ 5 ປີ.

ຂຶ້ນ ແລະ ລົງຂຶ້ນໃດຢ່າງສະບາຍ.

ກະໂດດ.

ເວົ້າເປັນປາຍກາຍ.

ເວົ້າກ່ຽວກັບສິ່ງຈະເກີດຂຶ້ນນີ້ຕໍ່ນີ້ໄປ ແລະ ສິ່ງທີ່ໄດ້ເກີດຂຶ້ນ
ນີ້ຜ່ານມາ.

ສາມາດນັບນິ້ວມືຂອງລາວ (ຍິງ).

ຈີ່ຈຳບາງຕົວອັກສອນ.

ຈີ່ທີ່ຢູ່ ແລະ ເລກໂທຣະສັບຂອງລາວ (ຍິງ).

ຫລິ້ນແຕ່ງກາຍ.

ທ່ານຊ່ວຍເດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫລິ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ປຶ້ມເດັກນ້ອຍກ່ຽວກັບເຮືອງທີ່ທ່ານເຫັນວ່າເວົ້າກັນຍາກ:
ໃຫ້ຖາມນຳກົມສາທາຣະນະສຸກ ຕາມທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫລື
ເຈົ້າໜ້າທີ່ໃນໜ້າສະມຸດຂອງເດັກຕາມໜ້າສະມຸດສາທາຣະນະ
ຂອງທ່ານ.

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອສອນເດັກຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄວາມ
ປອດໄພດ້ານໄຟ: ໃຫ້ເວົ້າກັບເຈົ້າໜ້າທີ່ດັບເພີງຕາມສະຖານທີ່
ດັບເພີງຕາມທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ຄວາມຮູ້ການເປັນພໍ່ແມ່ ຫລື ການສນັບສນູນ: ສາຍຊ່ວຍ
ເຫລືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫ່ງຕ່າງໆ
ດ້ານຄອບຄົວເຂດ ນິດແວສ 1-888-746-9568 ຫ້ອງຮຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

ຄຳແນະນຳດ້ານສຸຂະພາບ

ກ່ອນເຂົ້າໂຮງຮຽນເດັກຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ສັກຢາກັນບາງຊະນິດ.
ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໃຫ້ເຮັດໃຫ້ເຂົາແລ້ວໂດຍໄວ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈວ່າຈະບໍ່ສັກຢາ
ວັກຊີນບາງຢ່າງໃຫ້ເດັກຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ເຊັນໃບຟອມຢົກເວັ້ນ.

ສເນີໃຫ້ເດັກຂອງທ່ານກິນຝັກ ແລະ ໝາກໄມ້ຢ່າງນ້ອຍຫ້າເທື່ອທຸກໆມື້.
ມັນເປັນອາຫານທີ່ມີສຸຂະພາບດີທີ່ສຸດ ແລະ ເປັນອາຫານຫວ່າງທີ່ດີ.

ຊ່ວຍໃຫ້ເດັກຂອງທ່ານໄດ້ນອນພຽງພໍ ເພື່ອລາວ (ຍິງ) ຈະສົດຊື່ນ ແລະ
ຮຽນງ່າຍຂຶ້ນ! ເອົາລາວ (ຍິງ) ໄປນອນແຕ່ຫົວຄ່ຳ ເພື່ອໃຫ້ລາວໄດ້ນອນ
10-12 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ຄືນ. ມີເວລານອນປົກກະຕິເພື່ອລະງັບລາວ (ຍິງ).
ອ່ານນິທານ ຫລື ລົມກັນກ່ອນນອນ.

ຄຳແນະນຳການເປັນພໍ່ແມ່

ສິ່ງເສີມໃຫ້ເດັກຂອງທ່ານໃຊ້ຄວາມເວົ້າ ເພື່ອບອກທ່ານວ່າເປັນຫຼັງລາວ
(ຊາຍ) ຈຶ່ງກັນວິນ ຫລື ໂສກເສົ້າ. ເຮັດໃຫ້ລາວເບິ່ງຕົວຢ່າງຈາກຕົວ
ທ່ານເອງ.

ໃຊ້ເວລາຢູ່ກັບເດັກຂອງທ່ານທຸກມື້ເພື່ອອ່ານ, ເຮັດຕໍ່ຄຳ, ຫລື ຫລິ້ນເກມ
ເຄື່ອນໄຫວທາງນອກ.

ເດັກມີຄວາມຢາກຮູ້ຢາກເຫັນຕາມທັມຊາດກ່ຽວກັບຮ່າງກາຍຂອງເຂົາເຈົ້າ.
ຄຳຕອບງ່າຍ, ແລະ ຊື່ຕຽງຈະຊ່ວຍໃຫ້ເດັກຂອງທ່ານຮູ້ສຶກສະບາຍກ່ຽວກັບ
ຮ່າງກາຍຂອງລາວ (ຊາຍ). ໃຊ້ຊື່ແທ້ຈິງສຳຮັບຂອງລັບ.

ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ແນວຊ່ວຍຮັດບ່ອນນັ່ງຮີດແມ່ນສຳຮັບເດັກນ້ອຍໃຫຍ່! ໃຫ້ໃຊ້ແນວຊ່ວຍຮັດ
ຢູ່ບ່ອນເບາະນັ່ງຮີດ. ທີ່ມີສາຍຫັດຕັກບ່າໃຫລ່ຈົນເດັກຂອງທ່ານສູງພໍສຳຮັບ
ສາຍຮັດຜູ້ໃຫຮູ້. ອີກບໍ່ດິນ ການຊ່ວຍຮັດກໍ່ຈະຖືກບັງຄັບໃຫ້ໃຊ້ຈົນຮອດ
ອາຍຸ 6 ປີຫລື 60 ພາວ.

ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລູກຂອງທ່ານຮູ້ຈັກກ່ອນຢູ່ຂອງລາວ (ຍິງ) ພ້ອມທັງເລກ
ໂທຣະສັບ. ສອນລາວໃຫ້ຮູ້ໂທ 911 ໃນຕອນມືສຸກເສີນ. ບອກໃຫ້ລາວຟັງ
ສາຍຢູ່ ຖ້າລາວຕ້ອງໂທຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ. ໃຫ້ແອບຢູ່ນຳເຮືອນດ້ວຍ
ໂທຣະສັບໂທຣະສັບຫລິ້ນ.

ສອນໃຫ້ເດັກຂອງທ່ານຢຸດ, ໝູບລົງ, ແລະ ກິ່ງຕາມພືນດິນ ຖ້າເຄື່ອງນຸ່ງ
ຂອງລາວ (ຊາຍ) ຖືກໄຟໄໝ້.